Boletín Mensual

Sector Salud

SIDA

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

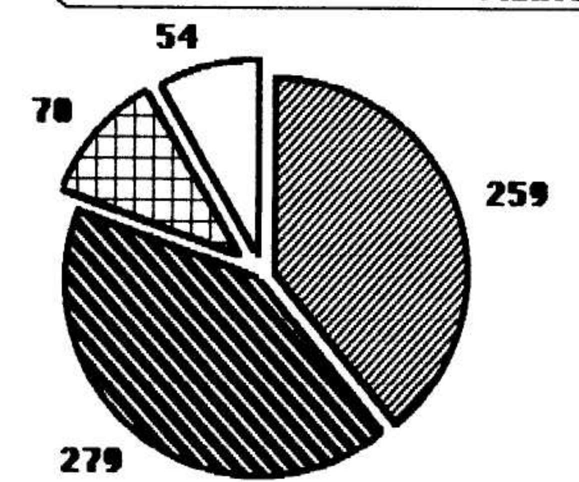
México

AÑO 1 NUM. 6 15 DE AGOSTO DE 1987

conasida
comité nacional de prevención del sida

CONTENIDO

**CASOS DE SIDA POR INSTITUCION NOTIFICANTE
HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1987
MEXICO**



SSA
IMSS
ISSSTE
OTRAS

TOTAL DE CASOS NOTIFICADOS 662

EDITADO POR LA DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

1. SITUACION DEL SIDA EN MEXICO DATOS ACTUALIZADOS HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1987.

Se reportaron 78 casos nuevos de SIDA durante el último mes a la Dirección General de Epidemiología. El número de casos acumulados al 1º de agosto de 1987 es de 662.

De los 78 nuevos casos reportados, la SSA notificó 23, el IMSS 34, el ISSSTE 14 y 7 por otras instituciones.

En la mayoría de los casos reportan como fecha de inicio los años de 1985, 1986 y los primeros meses de 1987.

Los casos continúan concentrándose en torno a las grandes ciudades; por entidad federativa se encuentran en los primeros lugares el D.F. y Area Metropolitana, Jalisco, Coahuila,Nuevo León y Baja California Norte.

Del total de casos, 635 son hombres y 27 mujeres, con una relación hombre-mujer de 23.5 a uno. El 3.2% de los casos correspondió a menores de 15 años.

La tasa de letalidad actual para los casos conocidos es de 43.2%.

El número de casos notificados por mes durante los últimos seis meses se ha mantenido en un promedio de 63.5, correspondiendo el mayor número para el mes de mayo con 80 casos notificados, siguiendo el presente mes con 78. Suponemos que este número de casos no necesariamente corresponde a casos diagnosticados recientemente, sino que las fechas de inicio pueden ser anteriores.

Hacemos un llamado a las instituciones notificantes a proporcionar la información completa, con el fin de determinar las características del crecimiento del padecimiento.

En vista de que se ha incrementado la notificación de casos perinatales, se ha adicionado este tipo de transmisión a los factores de riesgo establecidos en los números anteriores.

Se han notificado 6 nuevos casos en menores de 15 años, por lo que hemos considerado conveniente incluir un análisis epidemiológico y clínico de los casos pediátricos.

Se incluye tambien información actualizada sobre los medicamentos antivirales para el tratamiento de la infección por VIH o el SIDA.

Finalmente se hace un comentario sobre los objetivos y actividades realizadas por el Centro Nacional de Información del Comité Nacional de Prevención del SIDA (CONASIDA).

NUMERO DE CASOS CONFIRMADOS POR FECHA DE INICIO DE SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1980-1987

AÑO/SEMESTRE	Nº. DE CASOS POR FECHA DE INICIO	Nº.DE CASOS ACUMULADOS
1981		
1er. semestre	1	1
2do. semestre	1	2
1982		
1er. semestre	3	5
2do. semestre	7	12
1983		
1er. semestre	17	29
2do. semestre	15	44
1984		
1er. semestre	17	61
2do. semestre	44	105
1985		
1er. semestre	59	164
2do. semestre	96	260
1986		
1er. semestre	104	364
2do. semestre	193	557
1987		
1er. semestre	102	659
2do.semestre	3	662
TOTAL:	662	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD HASTA EL 1 DE AGOSTO DE 1987.

CASOS DE SIDA POR LUGAR DE RESIDENCIA EN ORDEN DESCENDENTE.
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Lugar de residencia	Número de casos	Porcentaje
DISTRITO FEDERAL	275	44.3
JALISCO	89	14.3
COAHUILA	47	7.6
NUEVO LEON	29	4.7
BAJA CALIFORNIA	25	4.0
CHIHUAHUA	15	2.4
YUCATAN	11	1.8
MORELOS	11	1.8
MEXICO	11	1.8
MICHOACAN	10	1.6
GUERRERO	8	1.3
SINALOA	8	1.3
PUEBLA	7	1.1
VERACRUZ	6	1.0
SONORA	6	1.0
SAN LUIS POTOSI	6	1.0
OAXACA	5	0.8
AGUASCALIENTES	5	0.8
GUANAJUATO	4	0.6
COLIMA	4	0.6
HIDALGO	3	0.6
ZACATECAS	3	0.5
CAMPECHE	3	0.5
TABASCO	3	0.5
NAYARIT	2	0.3
DURANGO	2	0.3
TAMAULIPAS	2	0.3
TLAXCALA	2	0.3
BAJA CALIFORNIA SUR	1	0.2
QUERETARO	1	0.2
QUINTANA ROO	1	0.2
CHIAPAS	1	0.2
EXTRANJERO	15	2.4
SUBTOTAL	621	100.0
SE IGNORA	41	
TOTAL	662	

FUENTE: INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.
HASTA EL 1 DE AGOSTO DE 1987.

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1987

EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	TOTAL	%
-15	18	3	21	3.2
15-24	64	4	68	10.3
25-44	453	17	470	71.0
45-64	85	3	88	13.3
65 - más	5	0	5	0.7
Se ignora	10	-	10	1.5
TOTAL	635	27	662	100.0

FACTOR DE RIESGO

FACTOR DE RIESGO	Nº	%
- HOMOSEXUALES MASC.	355	66.6
- BISEXUALES MASC.	114	21.4
SUBTOTAL	469	88.0
- TRANSFUSION	25	4.7
- HEMOFILICOS	15	2.8
SUBTOTAL	40	7.5
- DROGADICTOS (I.V.)	2	0.4
- CONTACTOS HETEROSEXUALES	20	3.7
-PERINATALES	2	0.4
SUBTOTAL	533	100.0
-SE IGNORAN.	129	
TOTAL:	662	

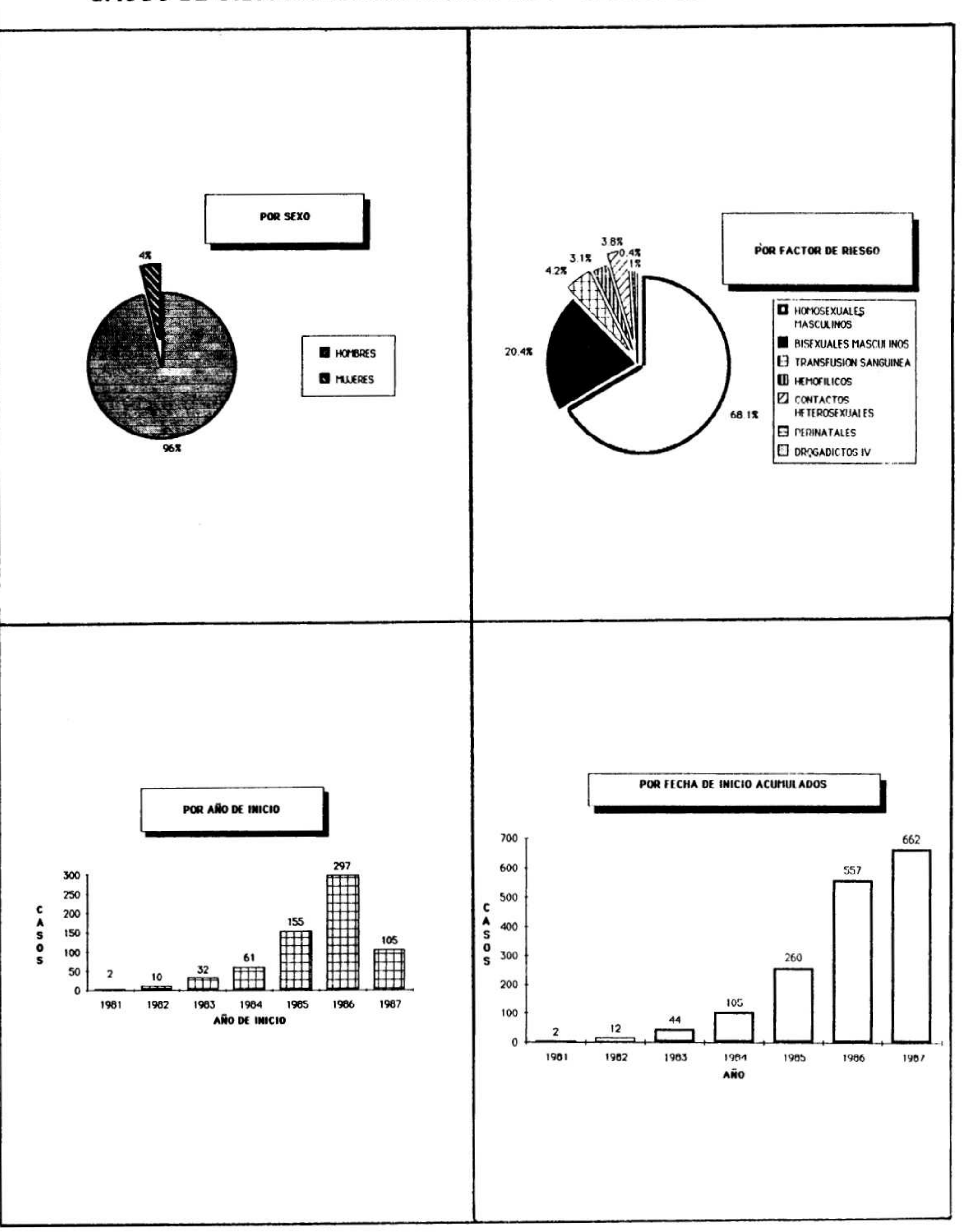
INSTITUCION

INSTITUCION	NUMERO DE CASOS	%
S S A	259	39.1
I M S S	279	42.1
I S S S T E	70	10.6
OTRAS	54	8.2
TOTAL:	662	100.0

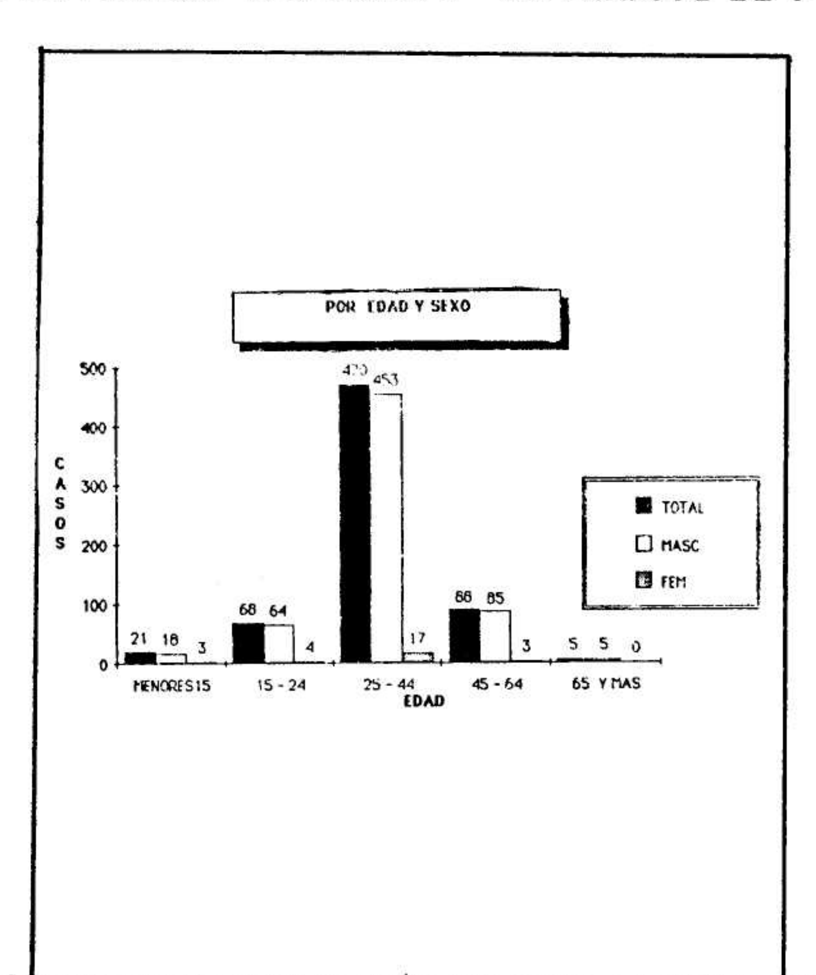
ESTADO ACTUAL

EVOLUCION	Nº	%
DEFUNCION	203	43.2
VIVOS (SEGUIMIENTO)	267	56.8
SUBTOTAL	470	100.0
SE IGNORA	192	
TOTAL	662	

CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1987



CASOS DE SIDA EN MEXICO HASTA EL 1º DE AGOSTO DE 1987.



POR LUGAR DE RESIDENCIA EN ORDEN DESCENDENTE

PORCIENTO
50
40
30
20
10
0
44.3
14.3
7.6
4.7
4
2.4
2.4
22.8
D.F.
JAL.
COAH.
N.L.
B. CALIF.
CHIH.
EXTRAN.
RESTO EDOS.
ENTIDAD FEDERATIVA

POR ESTADO ACTUAL

44.3%
55.7%
VIVOS
DEFUNCIONES

SE IGNORA LA EVOLUCION EN 192 PACIENTES

2. CASOS DE SIDA NOTIFICADOS EN POBLACION PEDIATRICA EN MEXICO.

INTRODUCCION

El SIDA en niños presenta diferencias importantes al compararlo con las manifestaciones de la enfermedad en adultos. En el caso particular de la transmisión perinatal, existe dificultad para diferenciar si los anticuerpos que se detectan fueron transferidos en forma pasiva por la madre o si son anticuerpos producidos por el niño. El padecimiento en niños tiene un menor tiempo de incubación, su evolución es rápidamente letal y frecuentemente se presentan infecciones por gérmenes comunes no necesariamente oportunistas.

A nivel nacional, los casos de SIDA en menores de 13 años representan alrededor del 3% del total de los casos. Recientemente se ha presentado un aumento en la notificación de casos de SIDA pediátricos, así como en el diagnóstico de casos asociados a transmisión perinatal.

Los principales mecanismos de transmisión que se observan en este grupo son las transfusiones de sangre y/o de hemoderivados y la transmisión perinatal que ocurre de madre a hijo por vía transplacentaria, durante el parto , y probablemente a través de la leche materna.

Los centros de atención médica que controlan niños infectados por VIH han reportado diferencias en la presentación clínica del SIDA en población pediátrica con respecto a la población adulta. Debido básicamente a estas diferencias, alrededor de la mitad de estos pacientes no cumplen con los criterios de la definición establecida por los Centros de Control de Enfermedades (CDC), por lo que fue necesario diseñar una clasificación internacional especial de la infección en la población pediátrica, que permita captar a la mayoría de los casos. Esta clasificación fue publicada en el Boletín Mensual sobre SIDA NO. 5, correspondiente al mes de julio del presente año.

En esta sección presentamos los datos epidemiológicos actualizados de los casos pediátricos notificados hasta el momento en México, asi como las particularidades en la presentación clínica de los mismos, definiéndolos de acuerdo al sistema de clasificación antes propuesto.

DESCRIPCION

En México, el número total de casos de SIDA reportados hasta el momento en población pediátrica es de 21, los cuales en su mayoria iniciaron el padecimiento durante el segundo semestre de 1986 o el primer semestre de este año.

De éstos, 14 pacientes fueron notificados por la SSA, 3 por el IMSS, 1 por el ISSSTE y 3 por otras instituciones. El lugar de origen de los casos, en orden decreciente fue el siguiente: DF 10 casos, Jalisco 4 casos, y con un solo caso Aguascalientes, el Estado de México, Morelos, Nuevo León, Puebla y Sonora respectivamente.

En cuanto a la distribución por sexo se han presentado 18 casos en hombres y 3 en mujeres, con una relación hombre : mujer de 6 a 1.

La distribución por edad mostró que la mayoría de los casos (13), se encontraban entre los 4 y 13 años de edad. Según el factor de riesgo, 8 pacientes son hemofílicos, 6 tienen como antecedente el haber sido transfundidos, 2 casos están asociados a transmisión perinatal, 2 a transmisión sexual y en 3 de ellos no pudo identificarse ningún factor.

De acuerdo a la evolución del padecimiento, 9 pacientes continúan con vida, 7 fallecieron y en el resto se desconoce el estado actual.

En 11 casos se ha obtenido hasta el momento información completa acerca de las características de la presentación clínica, lo que permitió clasificarlos según el sistema internacional recientemente propuesto.

Los 11 enfermos se incluyeron en la clase P2, que corresponde a aquellos sujetos infectados sintomáticos, ya que todos presentaron fiebre, diarrea, pérdida de peso o linfadenopatía (subclase A). Dos pacientes tuvieron manifestaciones neurológicas, del tipo de regresión del desarrollo y retraso psicomotor (subclase B), 4 sujetos presentaron infecciones oportunistas, 2 pacientes presentaron candidiasis esofágica, un paciente candidiasis laríngea y meningitis por criptococo; y 1 paciente diarrea por Cryptosporidium (subclase D, categoría D1). En 7 casos se presentaron infecciones graves: 4 con neumonía, 3 con septicemia y un caso con colitis crónica (subclase D, categoría D2), 6 presentaron candidiasis oral, uno además, presentó herpes simple oral y otro herpes laríngeo. (Subclase D, categoría D3). En un caso se presentó Sarcoma de Kaposi.

En cuanto a anormalidades de laboratorio, en 7 niños se detectó linfopenia, en 4 se documentó inversión de linfocitos T4/T8 y en 1 paciente hipergammaglobulinemia. Los 10 casos tienen pruebas de tamizaje positivas,2 de ellas confirmadas por Western Blot.

COMENTARIOS

Es importante destacar la presencia de los 2 casos perinatales puesto que indican la ocurrencia de transmisión heterosexual. En uno de ellos existe la posibilidad de transmisión a través de la lactancia, ya que la madre adquirió la infección a través de una transfusión después de haber nacido el niño.

La mayoría de los casos se encuentran asociados a transfusión de productos sanguíneos contaminados. Es de esperarse, dado el largo tiempo de incubación de la enfermedad, que sigan apareciendo casos en sujetos politransfundidos, a pesar de que en la actualidad se lleve a cabo la prueba de detección en los productos sanguíneos que se transfunden.

La distribución por sexo difiere de la de los casos de adultos, encontrando proporcionalmente más mujeres. Esto puede estar determinado por los factores de riesgo que se han descrito para ambas poblaciones, a pesar de que tanto las transfusiones como la transmisión perinatal afectan por igual a ambos sexos, el grupo de hemofílicos es exclusivamente masculino y es el mayoritario.

Debido a que los requerimientos de transfusión sanguínea de este grupo ocurre principalmente después de los 4 años, el grupo de pacientes hemofílicos influyó también en la distribución por edad, observándose que el grupo de 4 a 13 años predominó sobre los demás.

En los casos que pudieron documentarse, efectivamente se observó que las manifestaciones clínicas en la edad pediátrica difieren de las de los adultos. Unicamente 4 casos se ajustaron a los criterios de la definición de caso para niños de los CDC, que incluyen infecciones por gérmenes oportunistas o neoplasias sugestivas de inmunodeficiencia celular subyacente. La mayoría de las manifestaciones clínicas fueron de tipo inespecífico (fiebre, diarrea, pérdida de peso, linfadenopatía,etc.), e infecciones graves por gérmenes asociados a bacteremias (Klebsiella, Proteus, Salmonella).

La tasa de letalidad en los casos en que se conoce la evolución fue de 43.7%; esta cifra se acerca a la reportada para todos los casos, que hasta julio del presente fue de 44.3%.

La presentación de casos en niños politransfundidos o con hemofilia indica la necesidad de investigar anticuerpos anti-VIH en este grupo, con el propósito de que se adopten las medidas convenientes en caso de que requieran atención médica. Debe recordarse que no hay necesidad de aislar a estos niños a menos que presenten alteraciones conductuales o problemas en el manejo de excretas que dificulten las medidas higiénicas.

El hecho de que se empiecen a detectar casos de transmisión perinatal, nos alerta sobre la necesidad de efectuar pruebas de detección en mujeres que pertenezcan a grupos en riesgo con el fin de orientarlas sobre la conveniencia de evitar embarazos, o en caso de que ya estuvieran embarazadas, llevar a cabo medidas preventivas durante la atención del parto, así como seguimiento clínico, tanto de la madre como del niño.

Debido al escaso número de casos pediátricos, todavía no puede hacerse un análisis sobre la evolución de los mismos. Sin embargo, es importante señalar que los 2 casos de transmisión perinatal fallecieron, uno a los 5 meses y el otro a los 7 meses del inicio del padecimiento, De los 8 casos de hemofílicos 2 fallecieron, uno a los 8 días y otro a los 7 de inicio. De este grupo 4 continúan con vida, 2 con 6 meses de evolución y de los otros 2 se desconoce la fecha de inicio del padecimiento. De los otros 2 pacientes hemofílicos se desconoce si continúan con vida. En el grupo de pacientes transfundidos, uno falleció después de 3 años de evolución y 4 continúan vivos con un promedio de 17.2 meses desde que iniciaron su padecimiento.

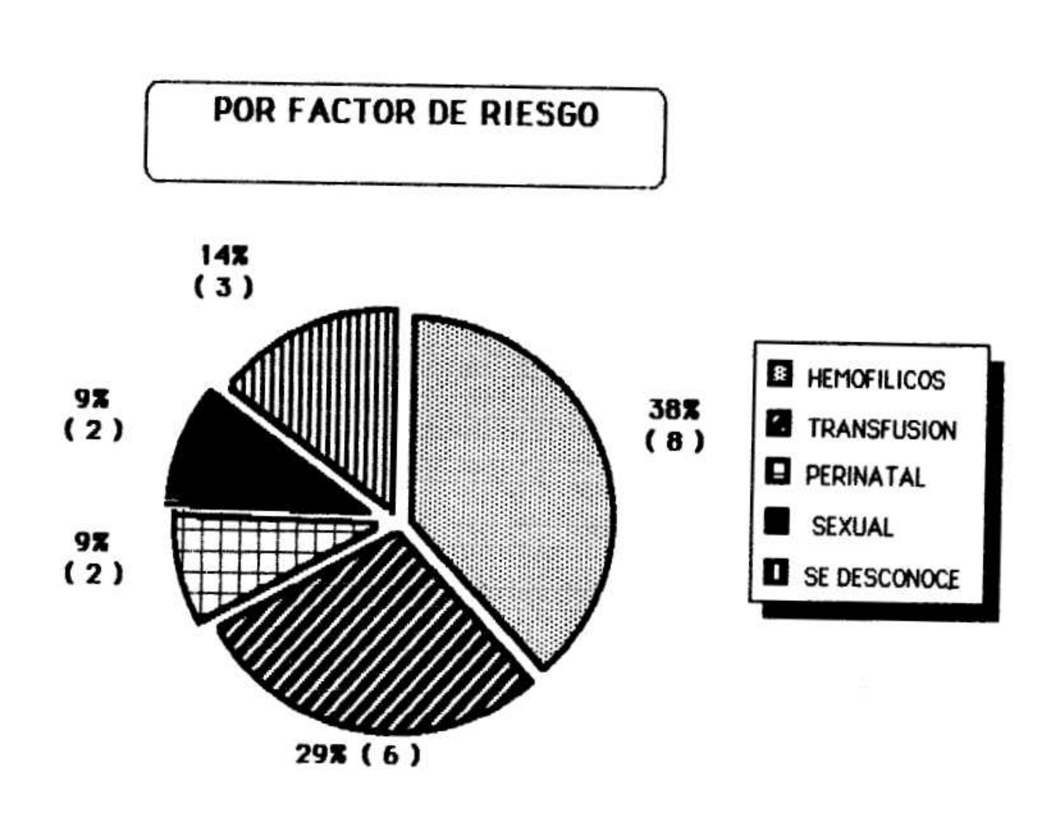
El promedio de tiempo de evolución de la enfermedad de los 9 pacientes que continuan vivos, es de 13.5 meses. El promedio desde el inicio del padecimiento hasta la muerte en los 7 que fallecieron es de 19 meses.

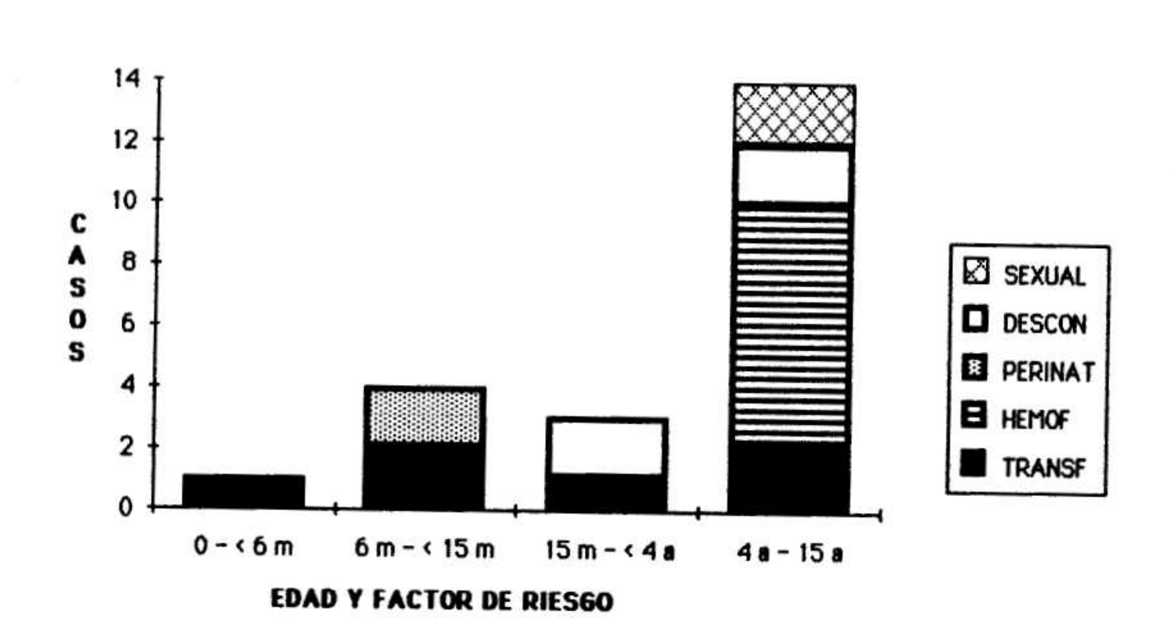
FRECUENCIA DE INFECCIONES

INFECCIONES	NO. DE CASOS
CANDIDIASIS ORAL	6
NEUMONIA*	4
SEPTICEMIA**	3
CANDIDIASIS ESOFAGICA	2
CANDIDIASIS LARINGEA	1
HERPES ORAL	1
HERPES LARINGEO	1
MENINGITIS POR CRIPTOCOCO	1
CRIPTOSPORIDIASIS	1
TUBERCULOSIS MILIAR	1
INFECCION DE VIAS URINARIAS	1
TOXOPLASMOSIS OCULAR	1
DIARREA*	1
TOTAL	24

* Etiología no especificada
** Proteus, Klebsiella y Salmonella

CASOS DE SIDA PEDIATRICOS NOTIFICADOS EN MEXICO HASTA EL 1o. DE AGOSTO DE 19





3. MEDICAMENTOS EN INVESTIGACION PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Antes de la identificación del agente causal del SIDA, ahora conocido como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), los esfuerzos terapéuticos se dirigían fundamentalmente a corregir las alteraciones inmunológicas de los pacientes afectados por esta entidad, para lo cual se emplearon tanto tratamientos de inmunoterapia adoptiva mediante transplantes de timo, de médula ósea, o transfusiones de linfocitos como inmunomoduladores del tipo de la Isoprinosina, Interleucina y Factores Tímicos. Estos esfuerzos, en su mayoría fracasaron o solo fueron capaces de inducir mejorías transitorias, más evidentes en el laboratorio que en la clínica. Desde la indentificación del VIH como agente causal del SIDA, de su caracterización como un retrovirus, y más adelante del conocimiento de la fisiopatogenia de la infección por el virus y de la compleja estructura del mismo, se han estudiado numerosas drogas antivirales con resultados diversos.

Hasta ahora el medicamento que ha aportado los mejores resultados clínicos es la azido-timidina (AZT), derivado de la timidina en el cual el grupo hidroxilo en posición 3' de la pentosa es sustituído por un radical azido. La AZT es un inhibidor competitivo de la transcriptasa reversa, por la cual tiene una mayor afinidad que la timidina, de manera que es integrada a la cadena de DNA en formación a partir del genoma viral (RNA). El radical azido en posición 3' impide que se una la siguiente base a la cadena, haciendo que se termine en forma incompleta. Estudios in vitro demostraron que la AZT inhibe la infectividad y el efecto citopático del VIH. En un estudio de Fase I se demostró que la droga administrada por vía oral tiene una biodisponibilidad del 60%, con una vida media en el suero de 1 hora; cruza la barrera hemato-encefálica y se elimina fundamentalmente por riñón, 80% en forma glucuronizada. En este estudio se obtuvieron algunas evidencias de mejoría clínica. Con estos resultados se inició un estudio controlado, doble ciego, en el que se incluyeron 282 pacientes con complejo relacionado a SIDA o con SIDA que se hubieran recuperado de su primera infección pulmonar por P.carinii; el estudio fue suspendido siete meses despues de su inicio por la notable diferencia entre la evolución clínica de los pacientes que recibían AZT y los que recibían placebo: sólo uno de los pacientes que recibían AZT había fallecido, contra 19 de los que recibían placebo. Además, se obtuvieron otras diferencias clínicas favorables en los pacientes tratados con AZT, como aumento de peso, mejoría en el estado general del paciente y disminución de la incidencia de infecciones oportunistas, así como un aumento en la cuenta de linfocitos T4. El estudio se continuó en fase abierta, administrándoseles a todos los pacientes AZT. Sin embargo, la AZT mostró tener importantes efectos adversos sobre médula ósea, probablemente disminuyendo la reserva de pirimidinas en las células medulares; este efecto se presentó hasta en un 25% de los pacientes, limitando su uso. Por otra parte, una vez abierto el estudio, las diferencias observadas entre los pacientes que recibieron inicialmente AZT y los que recibieron placebo, fueron disminuyendo. Este hecho sugiere que el efecto de la administración de las primeras dosis es el más importante.

El seguimiento prolongado de estos pacientes habrá de aclarar la utilidad a largo plazo de la administración de AZT.

Existe un grupo de compuestos relacionados con la AZT, los 2', 3'-didedoxinucleótidos, que son derivados de los nucleótidos empleados por la célula para la síntesis de DNA, en los cuales el grupo hidroxilo del carbono 3' de la pentosa es sustituído por un

hidrogenión. El mecanismo de acción es el mismo que se ha mencionado para la AZT. De este grupo, destaca la 2', 3'-dideoxicitidina por su biodisponibilidad, su excreción lineal por el riñón, y por tener la mayor potencia de acción de todos ellos, sin depletar las reservas celulares de primidina, lo que hace que su toxicidad sobre médula ósea sea prácticamente nula. Actualmente se realizan estudios in vivo con este medicamento para evaluar tanto la seguridad de su administración como su utilidad clínica. Es probable que en poco tiempo este compuesto desplace por completo a la AZT en el tratamiento de los pacientes con SIDA.

Dentro del grupo de inhibidores de la transcriptasa reversa, se han estudiado muchos otros medicamentos. Probablemente la suramina fue el primero que se estudió y actualmente ha sido desechado como tratamiento contra el SIDA puesto que mostró tener poca utilidad clínica y una alta toxicidad a las dosis necesarias para inhibir la replicación del VIH. El antimoniotungstato (HPA-23) inhibe la replicación del VIH in vitro; los estudios iniciales en pacientes con SIDA han arrojado algunos resultados alentadores, pero todavía no se tienen resultados de estudios a mayor escala, controlados, ya que aún se encuentran en evolución. El fosfonoformato (foscarnet) también ha demostrado tener una importante actividad in vitro contra el VIH, pero la extrapolación de este efecto a la clínica aún está pendiente de ser comprobada; sin embargo, al igual que el antimoniotungstato, tiene una vida media muy corta, lo que hace su administración poco práctica.

Existe otro grupo de medicamentos cuyo mecanismo de acción consiste en inhibir la unión del VIH a su receptor en la célula blanco. De este grupo destacan fundamentalmente dos medicamentos: el primero es el llamado péptido T, un octapéptido con una secuencia de aminoácidos que corresponde a la que se encuentra en la glicoproteína (gp 120) responsable de la adhesión del virus a su receptor. Este octapéptido ha mostrado disminuir la infectividad del virus in vitro; en un estudio inicial en cuatro pacientes con SIDA en fase terminal, se pudo observar alguna mejoría clínica, con efectos adversos mínimos, y con cambios positivos en algunos marcadores inmunológicos de los pacientes. Queda pendiente realizar estudios mas amplios con este compuesto, pero resulta una de las alternativas más promisorias, no sólo para el tratamiento sino para prevenir la propagación de la infección por VIH. El otro fármaco de este grupo es el AL 721, una mezcla de glicéridos neutros, fosfatidilcolina y fosfatidiletanolamina, que extrae colesterol de las membranas celulares y disminuye la infectividad del VIH in vitro, sin efectos adversos aparentes. Actualmente no existen datos de su efectividad o de la seguridad de su utilización en pacientes con SIDA, pero también resulta un tratamiento alternativo promisorio.

La ribavirina, un fármaco antiviral análogo de la guanosina, que tiene la propiedad de impedir la traducción del mensaje genético del virus, también ha demostrado inhibir la replicación del VIH in vitro. Ya se conoce su farmacodinamia y el principal efecto adverso es el desarrollo de anemia hemolítica, aunque ésta suele ser de poca magnitud. Algunos estudios iniciales en pacientes con SIDA o complejo relacionado a SIDA, han demostrado que inhibe la replicación del virus en los pacientes infectados por el VIH, aunque generalmente se presenta recurrencia al suspender el tratamiento. Estudios posteriores han demostrado una respuesta clínica satisfactoria en pacientes con linfadenopatía relacionada a VIH tratados con este medicamento y, aunque sus efectos a largo plazo aún se desconocen, resulta otra alternativa interesante para los pacientes con SIDA.

El interferón alfa, además de sus propiedades inmunomoduladoras, tiene

cualidades como fármaco antiviral, impidiendo el ensamblaje de las estructuras virales sintetizadas en la célula infectada. Los estudios in vitro han mostrado que logra inhibir la replicación del VIH. Hasta ahora los estudios clínicos se han encaminado fundamentalmente al tratamiento del Sarcoma de Kaposi, pero actualmente se están realizando estudios in vivo para evaluar su utilidad como antiviral en el tratamiento de la infección por VIH.

Otros medicamentos que han mostrado utilidad in vitro, como la rifabutina (utilizada también en el tratamiento de infecciones por M.avium) y los oligonucleótidos (secuencias complementarias de algunas regiones del RNA viral, que inhiben competitivamente su transcripción o traducción) apenas se encuentran en las primeras fases de investigación.

Si bien no existe actualmente ningún medicamento que pueda considerarse como el tratamiento definitivo de la infección por VIH o del SIDA, las investigaciones que se realizan a nivel mundial al respecto ya han aportado algunos avances. Hasta ahora el mayor de ellos es la AZT, existen además muchas perspectivas con medicamentos más efectivos y menos tóxicos. De cualquier manera, por ahora es poco probable que se logre obtener un tratamiento definitivo, al menos no en el futuro inmediato. Un enfoque que parece alentador es el empleo combinado de medicamentos antivirales, habiéndose comprobado que existe sinergismo en el empleo de AZT-acyclovir, y más aún con el empleo de inmunomoduladores en combinación con antivirales, como AZT-interferón alfa. La conjunción de esfuerzos a nivel mundial para el desarrollo de drogas o combinaciones mejores de medicamentos es por ahora la noticia más alentadora.

Dr. Jorge Cortez Franco.
Dr. Samuel Ponce de León R.
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION. "SALVADOR ZUBIRAN".

Nota editorial.

Los datos publicados (N Eng J Med 1987: 317:185-91 y 192-7) sobre los efectos obtenidos al administrar AZT a un grupo de pacientes con SIDA y complejo relacionado permiten afirmar que el medicamento reduce la mortalidad y la frecuencia de infecciones oportunistas en un grupo selecto de pacientes, por lo menos en el lapso de 8 a 24 semanas en que duró la observación del estudio en la mayoría de los sujetos. La diferencia en sobrevida persistió a nueve meses de seguimiento, aunque ya no tan aparente como en los datos iniciales, 6.2% en el grupo de estudio contra 39.3 % en el grupo placebo. Estas observaciones se basan en 145 pacientes que recibieron el medicamento en un período de observación promedio de 4.5 meses, lo cual implica limitaciones obvias en el tamaño del estudio y en el tiempo de observación. Por otro lado la presentación de efectos adversos en el grupo placebo pudo haber enmascarado otros efectos tóxicos en el grupo de estudio.

Los efectos tóxicos principales observados en los pacientes que recibieron el medicamento fueron anemia y neutropenia, más aparentes en aquellos pacientes con enfermedad más avanzada. La presentación de la anemia se inició desde las primeras cuatro semanas, y más frecuentemente en las 6 a 8 semanas. En ocasiones el descenso de hemoglobina fue brusco, requiriendo monitoreo cercano. Veinticuatro porciento de los pacientes presentaron neutropenia, menor a 1000 neutrófilos/mm^3. Ambas complicaciones ponen en peligro la vida del sujeto y cuando se desarrollan interfieren o interrumpen el tratamiento.

Quedan por lo tanto varios puntos que es indispensable aclarar a través de estudios controlados como es la identificación de aquellos pacientes en los que el medicamento puede resultar perjudicial ya que sus efectos benéficos no aparecen hasta después de seis semanas, tiempo en el

cualidades como fármaco antiviral, impidiendo el ensamblaje de las estructuras virales sintetizadas en la célula infectada. Los estudios in vitro han mostrado que logra inhibir la replicación del VIH. Hasta ahora los estudios clínicos se han encaminado fundamentalmente al tratamiento del Sarcoma de Kaposi, pero actualmente se están realizando estudios in vivo para evaluar su utilidad como antiviral en el tratamiento de la infección por VIH.

Otros medicamentos que han mostrado utilidad in vitro, como la rifabutina (utilizada también en el tratamiento de infecciones por M.avium) y los oligonucleótidos (secuencias complementarias de algunas regiones del RNA viral, que inhiben competitivamente su transcripción o traducción) apenas se encuentran en las primeras fases de investigación.

Si bien no existe actualmente ningún medicamento que pueda considerarse como el tratamiento definitivo de la infección por VIH o del SIDA, las investigaciones que se realizan a nivel mundial al respecto ya han aportado algunos avances. Hasta ahora el mayor de ellos es la AZT, existen además muchas perspectivas con medicamentos más efectivos y menos tóxicos. De cualquier manera, por ahora es poco probable que se logre obtener un tratamiento definitivo, al menos no en el futuro inmediato. Un enfoque que parece alentador es el empleo combinado de medicamentos antivirales, habiéndose comprobado que existe sinergismo en el empleo de AZT-acyclovir, y más aún con el empleo de inmunomoduladores en combinación con antivirales, como AZT-interferón alfa. La conjunción de esfuerzos a nivel mundial para el desarrollo de drogas o combinaciones mejores de medicamentos es por ahora la noticia más alentadora.

Dr. Jorge Cortez Franco.
Dr. Samuel Ponce de León R.
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION. "SALVADOR ZUBIRAN".

Nota editorial.

Los datos publicados (N Eng J Med 1987: 317:185-91 y 192-7) sobre los efectos obtenidos al administrar AZT a un grupo de pacientes con SIDA y complejo relacionado permiten afirmar que el medicamento reduce la mortalidad y la frecuencia de infecciones oportunistas en un grupo selecto de pacientes, por lo menos en el lapso de 8 a 24 semanas en que duró la observación del estudio en la mayoría de los sujetos. La diferencia en sobrevida persistió a nueve meses de seguimiento, aunque ya no tan aparente como en los datos iniciales, 6.2% en el grupo de estudio contra 39.3 % en el grupo placebo. Estas observaciones se basan en 145 pacientes que recibieron el medicamento en un período de observación promedio de 4.5 meses, lo cual implica limitaciones obvias en el tamaño del estudio y en el tiempo de observación. Por otro lado la presentación de efectos adversos en el grupo placebo pudo haber enmascarado otros efectos tóxicos en el grupo de estudio.

Los efectos tóxicos principales observados en los pacientes que recibieron el medicamento fueron anemia y neutropenia, más aparentes en aquellos pacientes con enfermedad más avanzada. La presentación de la anemia se inició desde las primeras cuatro semanas, y más frecuentemente en las 6 a 8 semanas. En ocasiones el descenso de hemoglobina fue brusco, requiriendo monitoreo cercano. Veinticuatro porciento de los pacientes presentaron neutropenia, menor a 1000 neutrófilos/mm^3. Ambas complicaciones ponen en peligro la vida del sujeto y cuando se desarrollan interfieren o interrumpen el tratamiento.

Quedan por lo tanto varios puntos que es indispensable aclarar a través de estudios controlados como es la identificación de aquellos pacientes en los que el medicamento puede resultar perjudicial ya que sus efectos benéficos no aparecen hasta después de seis semanas, tiempo en el

que tambien se presenta la toxicidad. El criterio de selección de los pacientes fue estricto tanto en lo que se refiere a la exclusión de pacientes con más de un episodio de neumonía por Pneumocystis u otro tipo de infecciones oportunistas o neoplasias, así como a parámetros de laboratorio y por lo tanto los resultados no son extrapolables a pacientes con otras patologías y/o características Es necesario también definir la toxicidad del medicamento durante lapsos más prolongados de administración.

La toxicidad del medicamento, las dudas que existen acerca del tipo de pacientes que se beneficiaría por su administración y la necesidad de seguimiento estrecho obligan a que el uso de AZT se deba realizar a través de protocolos de estudio en instituciones que cuenten con la infraestructura humana y material adecuada.

4. CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DE SIDA

El 22 de abril de 1987, se crea EL CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DEL CONASIDA (CNI-CONASIDA), como parte medular del programa de Educación a la población con respecto al SIDA, es uno de los instrumentos primordiales para orientar y apoyar al público en general así como a la población de alto riesgo para SIDA. Este Centro se encuentra ubicado en la calle de Flora Nº 8, Col. Roma. El objetivo primordial es promover la prevención del SIDA, a través de la educación.

¿Qué es el CNI-CONASIDA?
El Centro Nacional de Información del CONASIDA es un Centro piloto, en tanto que constituye la primera iniciativa a nivel nacional dentro de esta área, y cuya experiencia se espera sirva de modelo para la multiplicación de estos centros tanto en el Distrito Federal, como en el interior del país.

¿Cuáles son sus objetivos?
Como ya se señalo, su objetivo es apoyar la prevención del SIDA. El medio a través del cual la promueve es la Educación al público en general y a la población de alto riesgo para SIDA, con el fin de prevenir su transmisión.

Para poder llevar a cabo esta actividad, el Centro ha requerido:

1. Establecer comunicación con diversos grupos.
2. Determinar sus necesidades.
3. Desarrollar una serie de servicios, a través de los cuáles facilitar ese proceso educativo.

¿A quiénes están dirigidas las actividades del CNI-CONASIDA?
A través de la difusión por los medios masivos de comunicación, las actividades del Centro están orientadas a las siguientes poblaciones:

1. Población en general.
2. Población con conductas de alto riesgo (homosexuales, bisexuales, prostitutas, prostitutos y drogadictos intravenosos).
3. Población de apoyo, maestros, personal de salud, líderes de asociaciones y comunidades civiles.

El Centro está participando en la comunidad, a través de las pláticas que se imparten en las Instituciones que las solicitan.

¿ Qué necesidades ha detectado ?
Ante el cuestionamiento ¿qué se necesita para educar?, el Centro ha derivado lo siguiente:

1. En primer término, la Educación requiere de información.
2. Con base en la información surge el requerimiento de una orientación más específica.
3. Dependiendo de situaciones particulares (conductas de riesgo), la conveniencia, en un

momento dado, de detectar o determinar el estado serológico de la persona.
4. Con base en los resultados, asesorar y de ser necesario, referir al individuo a los programas correspondientes (de consejo, educativo, de apoyo, médico etc.).
5. Finalmente, llevar a cabo un seguimiento epidemiológico y un seguimiento de servicios (médicos - psicológicos), con el fin de derivar elementos para mejorar la educación y así fortalecer la prevención.

¿Qué servicios brinda entonces el CNI-SIDA?

1. Información. A través de seis líneas telefónicas, material audiovisual, folletos, boletines, periódicos murales y pláticas dentro del Centro y en las Instituciones que las solicitan.

2. Orientación. El Centro cuenta con un servicio médico-psicológico que:

a) Orienta al público en general sobre aspectos específicos, dudas, e información errónea, etc.
b) A la población con conductas de alto riesgo, en su toma de decisión respecto a realizarse o no la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, con base en un análisis médico-psicológico y social.

3. Detección de anticuerpos contra el VIH. En cuanto se terminen de adaptar las instalaciones, en el Centro se llevarán a cabo pruebas de detección.

4. Asesoría para el manejo de los resultados. De acuerdo al resultado de la prueba (positivo o negativo) se canaliza a la persona al servicio médico para su evaluación y seguimiento, y en el caso que se requiera se referirá a otros servicios como puede ser el apoyo psicológico.

5. Seguimiento. Con el fin de motivar a las personas a continuar su control, además del seguimiento epidemiológico que se lleva a cabo, se ha comenzado a trabajar ya con grupos de apoyo (para personas seropositivas) dentro del mismo Centro.

¿Con que personal cuenta el CNI-SIDA ?
Para poder cubrir los servicios anteriores, el Centro cuenta con un equipo interdisciplinario integrado por: médicos, psicólogos, técnicos laboratoristas, enfermeras así como promotores.

Este Centro está abierto a todo grupo, institución o persona que deseé prestar un servicio voluntario, específicando algún tipo de programa o actividad.

¿Existen requisitos para proporcionar servicio a los usuarios?.

NINGUNO.
El servicio es totalmente gratuito (incluyendo folletos, la prueba y atención médico - psicológica).

Por otro lado, la identidad de la persona es mantenida en el anonimato y los resultados son absolutamente confidenciales.

Las personas que solicitan estos servicios acuden en forma voluntaria, a quienes se respeta y se les proporciona la mejor atención.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ha partir de su inauguración, en el Centro se han atendido 7 210 llamadas telefónicas, recibido visitas de 2 930 personas, practicado prueba serológica a 874 individuos y llevado

a cabo 140 presentaciones audiovisuales. En promedio se calcula que a través de las visitas al Centro, llamadas telefónicas y las presentaciones individuales, se hace contacto con 421 personas diariamente. Un promedio de 101 personas visitan el centro diariamente; aproximadamente el 50% pertenece a grupos de alto riesgo. Las preguntas que se reciben telefónicamente se refieren principalmente a dudas sobre la forma de transmisión y sintomatología.

PERSPECTIVAS DEL CNI-CONASIDA.

Si partimos del hecho que hace poco menos de 4 meses el Centro fue abierto al público, y con una sola línea teléfonica de atención al público, un local sin más elementos que un personal motivado y dinámico, dispuesto a prestar sus conocimientos y servicios, en apoyo de la tarea de prevenir la transmisión del VIH a través de la información; las 6 líneas telefónicas con las que actualmente cuenta el Centro, las pláticas que ha dado fuera de la Institución y que empieza a impartir dentro de ella, los cientos de personas que han solicitado información, desde jóvenes adolescentes hasta amas de casa y que han hecho uso de sus servicios; la formación de grupos de apoyo, etc., nos indican las amplias perspectivas que se abren para el Centro, y que el Centro abre para la educación de la población en la campaña de prevención del SIDA.

El trabajo apenas se está iniciando. El Centro está cumpliendo con su papel informativo, más se requiere un mayor apoyo a otras estrategias que faciliten la modificación de conducta que es indispensable para que se pueda realmente hablar de una educación; así como de una ampliación y fortalecimiento de sus servicios.

No obstante, las experiencias que se han ido sumando empiezan ya a constituir pautas para la planeación y organización de nuevos centros, a partir de este modelo. Las perspectivas que se tienen consideradas son las siguientes:

1. El aprovechamiento de la experiencia del Centro como modelo para la instalación de centros similares en el país.

2. La implementación de diferentes programas educativos, dirigidos a la sensibilización y toma de conciencia de la población en general, respecto a su papel en la prevención de la transmisión de esta enfermedad y, especialmente, a la modificación deconductas en la población que se expone a ellas, y que fortalezcan la función de estos centros como instrumento de educación y por ende, de prevención del SIDA.

3. La ampliación e instrumentación de medidas de apoyo médico y psicológico, como parte de los servicios del Centro, para ampliar y mantener el contacto con la población de alto riesgo, sus parejas y familiares.

4. La investigación, a partir del Centro y para el Centro, con el fin de retroalimentar su función educativa y asistencial.

Con base en lo anterior, se espera que en corto tiempo los CNI-CONASIDA se constituyan, - según palabras de una de las personas que a él ha asistido y que, de hecho, a él se ha integrado en apoyo a la labor que allí se realiza-: " en espacios para aquellas personas que han sido afectadas y/o quieren colaborar a enfrentar éste padecimiento.